

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

445

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri BÉGUÉ

Né à Agen le 28 février 1900

Sur l'Asepsie Médicale

Rôle de l'Habillement
Son Histoire, son Évolution

Président : M. P. MÉNÉTRIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri BÉGUÉ

Né à Agen le 28 février 1900

Sur l'Asepsie Médicale

Rôle de l'Habillement

Son Histoire, son Évolution

Président: M. P. MÉNÉTRIER, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

13, RUE RACINE, 13

1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MARFAN.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBÉCOURT
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
Clinique chirurgicale	JEANSELME.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique.	TEISSIER.
Clinique d'accouchements	{ DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	TERRIEN.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEGUEU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	COUVELAIRE.
Clinique propédeutique	{ BRINDEAU. JEANNIN.
Sans chaire.	
	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
	DUVAL.
	SERGEANT.
	ROUVIÈRE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimental¹⁶
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.

MM.

HOVELACQUE . . . Anatomie.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) . . . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LÉVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
 METZGER Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique
 VERNE Histologie.
 VELTER Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 UÉNIOT Obstétrique.

MM.

RETTNER Histologie.
 TANON Pathologie médicale.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
 LEREBoullet. Clinique médicale in-
 fantile.
 LE LORIER. . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
 LCEPER . . . Clinique médicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
 VILLARET . . Clinique médicale.

V^e — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du travail,
		les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MENÉTRIER

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX REGNAULT

Ancien interne des Hôpitaux

*Qui a bien voulu nous indiquer le
sujet de cette thèse et qui nous a
guidés si aimablement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur RATHERY

Monsieur le Professeur BEZANÇON (FERNAND)

Monsieur le Professeur PROUST

Monsieur le Professeur LENORMANT

Monsieur le Professeur DEBRÉ (ROBERT)

Monsieur le Docteur CATHALA, accoucheur de l'Hôpital
Saint-Louis.

Monsieur le Docteur DENICKER, chirurgien des Hôpi-
taux.

PRÉAMBULE

Nous n'avons pas la prétention de faire un traité complet sur l'asepsie médicale. Une telle œuvre dépasserait de beaucoup le modeste cadre d'une thèse de doctorat. Nous avons voulu indiquer quelques points de ce vaste sujet, concernant plus spécialement l'habillement du médecin, son histoire et son évolution. Il montre comment cet habillement, *gouverné d'abord par des préoccupations totalement étrangères à la préservation des maladies contagieuses*, s'est depuis les découvertes pastoriennes, guidé de plus en plus vers cette obligation.

La nécessité d'une asepsie rigoureuse de la part du médecin et en général de tous ceux qui donnent des soins aux malades, nous a surtout frappés depuis que nous avons vu des cas où le mépris de toutes précautions a produit des désastres. Nous relatons spécialement à la page 40 deux de ces observations,

Sur l'Asepsie Médicale

Rôle de l'Habillement.

Son Histoire, son Evolution

CHAPITRE I

L'habillement du médecin aux siècles derniers ne différait pas de celui de ses concitoyens, mais en temps d'épidémie il mettait déjà des vêtements spéciaux dans le but de se préserver.

Quand nous assistons au début de la médecine, chez les sauvages, nous voyons que la cause des maladies est pour eux d'un genre tout spécial : démons, esprits, ou forces surnaturelles... et il s'agissait pour le guérisseur d'expulser cette cause des maladies, sans naturellement la recueillir.

De là l'accoutrement usité chez les sorciers qui furent les premiers médicastres. Ils accumulent sur leurs personnes tout ce qu'ils croient utile à leur but. Leurs habits sont faits de la peau des animaux réputés comme antidotes vis-à-vis des esprits. Leur corps est couvert d'amulettes, leurs mains agitent crécelles ou tambours dont le bruit est censé faire fuir les démons.

Plus encore, ils revêtent un masque par lequel ils acquièrent une personnalité supérieure à la leur. Ces masques peuvent être fabriqués avec les os ou la peau desséchée d'un sorcier, de son vivant réputé pour son pouvoir guérisseur. A défaut d'une telle relique ils se contentent de son image taillée dans le bois ou dans toute autre matière. Chez les peuples zoolatres et totémiques, le masque prend une forme animale (Max Bartels).

Les étapes de l'évolution intellectuelle des humains sont partout les mêmes. Elles se traduisent partout par les mêmes croyances.

Dans un second stade, l'homme arrive à la conception de la souillure. Ce n'est plus le démon, l'esprit lui-même qui, en pénétrant dans la substance d'un être, occasionne son mal. C'est une émanation mal définie qu'il envoie à sa victime et qui la souille. La maladie comme le péché, pour les anciens Perses et les actuels Parsis, sectateurs de Zoroastre, provient de la souillure. Quand on est souillé il faut se purifier, il vaut mieux encore s'en préserver. Et le médecin se préserve de la souillure du mieux qu'il peut par amulettes, paroles magiques, etc..., ou quand il s'est souillé par le contact du malade, il s'en débarrasse par divers moyens et notamment des ablutions qui ressemblent à un nettoyage. C'est une idée qui se rapproche de la conception hippocratique des miasmes. Peut-être celle-ci en est-elle dérivée. La souillure est déjà une notion physique, bien que grossière ; mais elle a toujours pour cause le démon, l'esprit méchant. Et il ne faudrait pas

voir dans les rites qui en procèdent le début de l'asepsie.

Comme l'a dit Loisy :

« La notion physique de la souillure appelait des moyens physiques de purification et nous savons que l'eau, l'air, le feu ont été ainsi employés, le sang pareillement.

Un élément moral s'accroissant peu à peu dans ces idées de pureté et d'impureté, à raison de leur signification sociale, on s'habitue à considérer l'impureté comme un état déplaisant à la divinité, la maladie comme la conséquence d'une faute, la purification comme un moyen de réconciliation avec des dieux offensés ».

Avec les Grecs et Hippocrate, la médecine devient scientifique. Toute cause surnaturelle est rejetée, les maladies n'admettent plus qu'une cause naturelle. Amulettes, exorcismes, purifications, toute la magie disparaît de l'art médical, tout au moins de ceux qui l'ont appris et le pratiquent en gens de science. Le costume du médecin s'allège de tout l'attirail du magicien et du prêtre. Le médecin s'habille comme tout le monde mais il suit dans son costume les règles de la mode que suivent ses concitoyens ou mieux ceux de sa classe sociale et cette règle va être suivie jusqu'à nos jours.

C'est à tort en effet que quelques auteurs admettent que l'habillement des médecins leur était spécial.

Prenons un exemple entre mille, l'habillement des médecins sous Louis XIV. Ils étaient vêtus comme les gens de bonne compagnie. Loin d'être affublés d'une

robe traînant jusqu'à terre — c'était sous le règne précédent qu'ils portaient une sorte de soutane — et au lieu de ce grotesque chapeau pointu, en forme d'éteignoir, qui excite toujours dans les comédies de Molière l'hilarité du parterre, ils portaient le petit chapeau rond à bords plats, le rabat, le pourpoint, en somme, le costume des bourgeois, celui de Tartuffe, de Trissotin, etc.

Molière, a-t-on dit, « a rendu à la médecine un grand service en désaccoutumant les médecins d'une ridicule mise en scène, qui leur était ordinaire de son temps et nous lui devons de pouvoir nous vêtir et parler comme les autres hommes ».

La vérité est que le comique a exagéré les travers de ceux aux dépens desquels il voulait faire rire.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les gravures qui ornent les premières éditions des comédies de Molière pour voir que les médecins étaient vêtus comme les gens de leur temps (Cabanès).

De même Molière fait de la charge lorsqu'il se moque du langage, tout farci de grec et de latin, qu'employaient les docteurs d'alors. Ceux qui étaient de la vieille école, ceux qui étaient restés fidèles à la tradition, possédaient admirablement une langue qui leur permettait de citer Aristote et Galien dans le texte. Comme le dit Beralde, « ils savent, la plupart, de fort belles humanités, savent parler un beau latin, savent nommer en grec toutes les maladies, les définir et les diviser... » De même, sous le règne de Louis XV, le médecin change son costume pour l'adapter à celui de

son époque. Dans une gravure de J. B. Oudry, peintre du XVIII^e siècle (1685-1755) nous les voyons paradant devant le lit d'un malade avec les grands manchons que portaient alors les élégants ; ils ont le chapeau rond à bord large et plat et la perruque à marteau (Dr Witkowski).

Arrivons au XIX^e siècle. Les documents abondent qui prouvent que le médecin s'habillait à la mode de son temps.

Escarnot, dans *les Français peints par eux-mêmes* décrit comme suit, le médecin de village en 1840.

« C'est une physionomie de brave homme, portant un chapeau enfoncé, vêtu d'une redingote de grand-père et d'un pantalon de coutil rayé bleu et blanc avec sous-pieds de huit pouces de long. Ajoutez une cravate en corde et une tabatière de quinze pouces de circonférence qu'il tient en main avec une cravache ; car il monte à cheval, et vous aurez son exact portrait.

Le médecin de village porte dans ses poches la vie de ses malades : vastes, profondes, imperméables, elles remplacent pour lui l'ordonnance écrite du confrère de la ville : « Vous prendrez matin et soir à jeun, deux pilules dans un pain enchanté, sans mâcher. Voici la boîte. Il y en a cinquante, c'est cinquante sous. Vous boirez de deux heures en deux heures, écoutez bien, de deux heures en deux heures, une cuillerée à bouche de cette potion. Voici la fiole, il y en a pour trente sous. Au revoir, soyez tranquille, tout ira bien, je suis là. Mangez peu, ne parlez pas, et si cela va plus mal, nous verrons. Je suis pressé. » Il n'est pas sévère pour ses honoraires.

Eloigné du luxe des villes et des vanités des riches, il vit de peu. Il n'y a pour lui ni soirées, ni spectacles, ni réunions, ni romans nouveaux. Il part le matin et rentre au logis le soir, déjeunant où il plaît à Dieu.

Mais il a pourtant un vice : le petit verre ; il trinque avec ses clients, et, même quand ceux-ci viennent chez lui, il y a toujours à leur disposition une bouteille de rhum, et deux verres. »

De même que le médecin, ses aides et subalternes s'habillaient comme leurs semblables à l'époque où ils vivaient. Et comme ils étaient d'une classe sociale inférieure leur accoutrement était sale et négligé au même titre que leur langage et leurs actes étaient grossiers.

Ce qu'étaient nos gardes-malades il y a encore un demi-siècle, il suffit d'ouvrir quelques livres de cette époque pour l'apprendre. Les littérateurs et caricaturistes ont toujours représenté les femmes qui font ce métier comme une espèce d'être d'un âge mûr, prescrivant, imposant silence, dictant des lois, faisant l'entendue. Telle est cette femme crasseuse, ventripotente, à la figure mauvaise, que montre un dessin de Daumier : elle suppute les bons clients que lui a fournis la fruitière et soupire après de nouveaux. Henry Monnier, dans ses scènes populaires, créait, vers le même temps, son type de Mme Bergeret, sale, grognon, voleuse, qui martyrise son malade, être repoussant qui peut encore se retrouver de nos jours dans nos campagnes et même dans quelques petites ville de province.

L'infirmier rendait des points à la garde-malade.

Voici comme on le représentait, en 1844, dans les Français peints par eux-mêmes.

« Il tient toujours sa vocation de sa misère, de son ignorance ou de sa gourmandise. Ne vous étonnez pas de ce dernier mot, les passions s'exercent où elles peuvent. Les sirops ne sont pas liqueurs absolument fantastiques à l'hôpital, ni l'alcool un pur esprit. De la même main indifférente, l'infirmier nettoie les vases, balaie la salle, porte le linge sale, et donne au malade les soins les plus minutieux et les plus délicats. »

Ce manque total d'asepsie provient de l'ignorance où la science est alors de ses règles. Comme elle existe chez le médecin, la garde-malade, l'infirmière, elle existe aussi chez la religieuse congréganiste, catholique ou protestante, qui se consacre aux soins des malades. Voici ce qu'en dit la doctoresse Hamilton dans sa thèse :

« Un des inconvénients inhérents aux congrégations, c'est la question du costume qui n'est point en rapport avec les règles de l'hygiène hospitalière et qui ne peut être modifié. Ces robes de laine, parfois trainantes, la même portée été et hiver, année après année, de médecine en chirurgie et vice versa, sont de véritables réceptacles pour les germes et un puissant moyen de propagation de la contagion. Le Dr Mikolski nous apprend que les étoffes de laine, velue, poreuse, inégale, à faible degré de torsion du fil, sont celles qui retiennent le plus facilement les microbes pathogènes, et a constaté la présence du staphylocoque, des bacilles d'Eberth et du bacille virgule sur des vêtements de ce genre de tissu.

La plupart des religieuses refusent aussi par modes-

tie de dénuder leurs bras, ce qui les empêche de rendre maints services aux malades, pansements, lavages, etc. La disposition de la coiffure des religieuses est peu en rapport avec leurs fonctions, nuisant trop souvent à la vue et à l'ouïe, quoiqu'une bonne infirmière doive être tout yeux et tout oreilles pour ses malades. On voit des religieuses spécialement consacrées aux malades, munies d'un bonnet qui réduit de près d'un tiers le champ visuel normal, et cela parce que le fondateur, un abbé, a cru utile de les munir de ces sortes d'œillères chevalines, dans le but de leur épargner des spectacles pénibles... une telle conception du rôle de la garde-malade montre combien il était peu compris autrefois. Ce costume suranné de garde-malade devient un obstacle au fonctionnement général, et, dans un grand hôpital desservi par des diaconesses, on voit que le service de la salle d'opérations a dû être confié à une laïque, vêtue d'un costume lavable et blanc. »

Dans la période scientifique prépastorienne qui s'étend d'Hippocrate à nos jours l'habillement du médecin est celui des gens de sa classe. Sa science ne lui impose pas d'en prendre un particulier qui soit profitable à ses malades et à lui-même et qui le préserverait de la contagion.

En temps d'épidémie, il en va autrement. Le danger est si évident et si menaçant que le médecin qui continue à soigner ses malades et ne prend pas la fuite — il est de cette dernière conduite maints exemples, même parmi les savants les plus célèbres — cherche à se préserver au moyen d'un accoutrement spécial qui signale à tous

sa profession. Pendant la peste de 1619, le docteur Charles de l'Orme, médecin du Roi Louis XIII, se fit faire un habit de maroquin qui ne le quittait plus, et ne sortit jamais sans s'introduire, dans la bouche de l'ail, dans le nez de la rüe, dans les oreilles de l'encens et mettre sur les yeux des bésicles. Il revêtit un masque également en maroquin et y attacha un nez long d'un demi-pied afin de détourner la malignité de l'air.

Un siècle plus tard, durant la peste de 1720, qui sévit sur toute la Provence, nous retrouvons cet habit porté par les médecins marseillais. Un certain Manget le décrit dans son *Traité de la peste* paru à Genève en 1721, et en donne le dessin : l'habit est de maroquin du Levant, le masque a des yeux de cristal, le nez rempli de parfums, est fait sur le modèle d'un bec d'oiseau.

Un autre dessin plus artistique de Jean Marchior Fuesslinus, nous montre un médecin de Marseille qui exerçait à la même époque, vêtu d'un habit en cuir de Cordoue, porteur d'un faux nez rempli de liquides désinfectants, les mains couvertes de gants, et tenant de la dextre une baguette avec laquelle il se propose de tâter à distance le pouls de ses malades.

L'empirisme avait fait trouver, dès cette époque, ce costume apte à se préserver de la peste. Car on sait aujourd'hui qu'on la contracte par les piqures de puces et l'inhalation des poussières.

C'est pourquoi nous voyons ces vêtements revenir, sous une forme légèrement modifiée en 1911, durant la peste de Mandchourie. Les médecins européens portaient alors un costume spécial, consistant en une grande

robe de gaze blanche, avec un masque de gaze iodo-formée qui couvrait le nez et la bouche. D'autres remplaçaient la robe par des bottes, des pantalons et une veste. La toilette était complétée par des gants. Tous ses vêtements étaient hermétiquement clos.

Les mêmes craintes produisent les mêmes résultats lors de la grande épidémie de choléra en 1836. Voici comment s'en moque une caricature anglaise inspirée par cette épidémie, étudiée par le Dr Stainfort de Bruxelles (*Correspondant médical*, 9^e année, n° 193) et dont voici la légende : « Un homme qui veut se pourvoir de tous les moyens préservatifs, doit prendre les mesures suivantes : Autour du corps une chemise de gomme élastique, par-dessus un emplâtre de poix de Bourgogne puis une bande de flanelle de Baumes ; sur le creux de l'estomac une assiette d'étain, sur la poitrine un grand sac avec du sable chaud, à l'autour du cou une double bande remplie de graines de poivre, dans les oreilles deux morceaux de coton avec du camphre, au nez une bouteille avec du vinaigre des quatre voleurs, et devant la bouche une branche d'Acorus véritable ; au-dessus des bandes, une enveloppe de coton imbibé de chlorure de chaux, par-dessus une brique chaude, et finalement une veste imprégnée de chlorure, des caleçons en flanelle, des bas de fil cuits dans du vinaigre, et là-dessus des bas de laine imbibés de camphre. Ensuite des semelles en cuivre remplies d'eau chaude et là-dessus des pantoufles. Derrière les mollets deux cruches d'eau, alors un grand surtout de laine et au-dessus de tout l'habillement un grand manteau de toile

de lin, et un chapeau de même. Dans la poche droite une livre d'ipécacuanha et une livre de sauge, dans la poche gauche une livre de thé de mélisse. Dans la poche de la veste un flacon avec de l'huile de camomille, dans son chapeau une terrine de soupe d'arêtes, dans la main droite une branche de genévrier, et dans la gauche une branche d'acacia. Derrière il doit traîner une charrette sur laquelle se trouvent 15 aunes de flanelle, un bac de machine à vapeur, 10 brosses, 18 briques, 2 peaux et une chaise percée. Sur la figure il doit porter un masque de pâte de menthe et dans la bouche un quarteron d'Acérus véritable. Ainsi préparé et pourvu, il peut être certain qu'il n'aura pas le choléra. »

CHAPITRE II

L'avènement des doctrines pastoriennes, leur répercussion sur le vêtement des gardes-malades. L'asepsie médicale du professeur Grancher.

L'acceptation des théories pastoriennes eut, on le sait, une influence très rapide sur la chirurgie : inutile d'indiquer l'évolution opératoire d'abord antiseptique puis aseptique qui aboutit à l'organisation actuelle des salles et des services chirurginaux.

Les doctrines pastoriennes eurent également une répercussion immédiate sur le costume des gardes-malades hospitaliers et privés. Très rapidement les chirurgiens, et à leur suite les médecins, exigèrent de leurs subalternes une tenue rigoureusement propre et commode. Inutile encore de donner des détails sur ces faits devenus classiques. Contentons-nous de rappeler que l'évolution s'opéra, presque immédiate, dans le monde entier.

Voici un passage qui a trait à l'hôpital Sadiki de Tunis. Il montre le chirurgien Brunswick le Bihan procédant à la transformation radicale de son personnel indigène : « D'abord l'infirmière est une petite négresse

coiffée d'un mouchoir aux plus vives couleurs dont deux coins en coques pareils à des oreilles de lapin surmontent la petite tête éveillée ; elle est vêtue d'une casaque rose pailletée de clinquant, la taille et les jambes sont drapées dans une étoffe non moins vive et ses petits pieds noirs sont chaussés de ces bizarres socques en bois ; aux chevilles et aux poignets les lourds bracelets d'argent résonnent à chaque pas. Hélas ! toute cette toilette n'est plus de saison, et avec un petit air morose elle présente justement devant nous au docteur un modèle de robe de toile blanche qu'elle doit porter sous peu. » (Saint-Palais, *Correspondant, médical* 1902).

L'amélioration s'est également fait sentir quoique plus lentement dans les services hospitaliers où l'on chercha dès ce moment à éviter que le médecin et le personnel infirmier ne transportent d'un malade à l'autre et du malade au bien-portant le virus contagieux dont on connaissait désormais la nature microbienne.

Ce fut le mérite d'un disciple de Pasteur de la première heure, le professeur Grancher, d'inaugurer une nouvelle méthode scientifique qu'il appliqua d'abord, à partir de 1890, à un hôpital d'enfants, en son service de clinique des Enfants-Malades. La contagion y exerçait ses ravages au point que maints petits malades, entrés pour une affection bénigne, contractaient à l'hôpital la rougeole, la diphtérie, la scarlatine, la broncho-pneumonie et y succombaient trop souvent. Laissons la parole au professeur. L'idée maîtresse qui a présidé à la réorganisation du service fut la suivante :

« La contagion par l'air n'existe pas dans les salles où

les enfants ne couchent pas. Au contraire la contagion par les objets, c'est-à-dire par le contact direct ou indirect, existe, même pour la maladie la plus virulente, la rougeole. C'est la contagion objective que j'oppose à la contagion atmosphérique. Il est aisé de concevoir que dans une salle commune, recevant tous les malades, l'isolement parfait est impossible. Je dus donc me contenter d'un isolement relatif à l'aide d'un paravent métallique entourant le lit occupé par un enfant « contagieux » ou « suspect ».

Le professeur Grancher taxe ces mesures comme de l'antisepsie, elles sont le côté original de sa méthode. Il n'emploie pas le mot aepsie, qui n'était pas encore en honneur et qu'on n'opposait pas alors à l'antisepsie. Mais, en réalité, il s'agit bien de mesures, en majorité aseptiques, au sens où nous l'entendons aujourd'hui.

Grancher applique d'une façon rigoureuse son programme dans les deux salles, Bouchut et Parrot, les plus actives de son service. Voici quelles sont ces mesures :

« 1^o Suppression des poussières. Pour cet objet le parquet a été refait, paraffiné et lavé deux fois par jour à la serpillière imbibée d'une solution de sublimé. Les murs ont été repeints et lavés au sublimé deux fois par semaine.

2^o Isolement des contagieux. Tout enfant atteint ou suspect d'une maladie contagieuse est mis en box. Cela veut dire que son lit est entouré d'un paravent métallique treillagé de 1 m. 70 de hauteur. Isolement tout à

ait relatif puisque l'enfant reste dans la salle commune. Mais ce paravent, dont une feuille fixée au mur par un crochet sert de porte pour le service, suffit à prévenir les contacts d'enfant à enfant et à obliger médecins et infirmières qui pénètrent dans le box : à *revêtir la blouse du box en y entrant, à l'y laisser en sortant* ; à se laver les mains et à les désinfecter à la sortie du box. Ainsi les contacts sont réduits au minimum, les vêtements protégés, les mains souillées purifiées. Sans doute ce box est imparfait, très inférieur aux chambres-box du pavillon des douteux ou de la rougeole ; il est trop petit surtout et oblige à se laver les mains hors du box et à laisser la blouse sur le pied du lit. Tel quel, cependant, il nous a rendu les plus grands services, car il est léger et mobile et permet d'isoler suffisamment autant de malades que l'on veut dans des salles toujours trop petites pour les besoins hospitaliers. En fait, il ne prend aucune place et se borne à transformer un lit ouvert en un lit fermé, où le petit peut voir et être vu, surveillé sans aucun danger de contagion par ses camarades. Ce simple paravent ajouré, réalise donc pour la salle commune, un isolement minimum très précieux, et je crois qu'il sera nécessaire tant que nous n'aurons pas autant de pavillons distincts que de maladies transmissibles. Or, celles-ci, dans la pathologie infantile, sont si nombreuses, que nous sommes encore loin de cet idéal. »

Après dix années d'emploi, cette méthode a fourni à Grancher de merveilleux résultats : les contagies ont été diminués et le nombre des décès fortement réduit.

Il est inutile d'insister sur les progrès réalisés depuis : la création de boxes en verre, l'attribution de tous ces boxes à une salle commune où les mesures prophylactiques sont par suite plus aisées à prendre. Inutile encore de rappeler les bienfaits qui ont suivi ces mesures. Celles-ci sont devenues classiques, elles existent partout et sont entrées dans nos mœurs hospitalières. Nous les avons rappelées au point de vue historique qui marque une étape décisive dans les progrès de l'asepsie.

CHAPITRE III

Les hôpitaux d'isolement. — La désinfection des malades. — La blouse du médecin.

Les pratiques d'isolement ont, certes, progressé depuis l'avènement des doctrines pastoriennes. Les hôpitaux d'isolement se sont multipliés ; nous avons présentement des sanatoriums pour tuberculeux, et, si on ne peut dire que les malades y guérissent, au moins est-il vrai qu'il sont retirés de la circulation, et qu'ils y apprennent à ne plus contagionner leurs semblables. Nous avons des hôpitaux d'isolement pour scarlatineux et on sait avec quelle rigueur, en Angleterre particulièrement, les malades y sont soignés : tout malade atteint de scarlatine y est enfermé et n'en sort que lorsqu'il n'est plus contagieux.

Mais, comme le disait si bien Grancher, le nombre des maladies contagieuses est immense, et on ne peut espérer avoir un nombre suffisant d'hôpitaux spécialisés. Il est plus pratique de recourir à l'isolement de chaque malade contagieux. Cet isolement est réalisable et relativement réalisé dans les hôpitaux, grâce aux règles édictées par le professeur Grancher. Mais, pour les malades soignés à domicile, bien peu est encore fait et précisément,

l'agent propagateur le plus à redouter est le personnel soigneur, qu'il comprenne des proches, des gardes-malades ou même le médecin.

Or, les docteurs sont les premières victimes de ce manque de précaution. C'est dans leur profession que la vie est la plus brève, toutes les statistiques sont d'accord sur ce point : la moyenne de la vie n'est chez eux que de 56,8 ans, alors que, pour le théologien, la profession la plus favorisée, elle s'élève à 65, 1 ans.

Et encore cette statistique n'indique que bien insuffisamment l'insalubrité de la profession médicale. Pour la comprendre, il faudrait tenir compte de la proportion des décès qui se produit déjà chez les étudiants en médecine. Or il nous paraît, d'après ce que nous avons vu, qu'elle est plus forte que dans tout autre groupe d'étudiants. Ainsi, quand est conquis le diplôme de docteur en médecine, déjà une sélection s'est faite, il n'y a plus parmi les praticiens que des individus résistants.

En second lieu, il faudrait tenir compte de la léthalité dans la famille du médecin. Sa femme, ses enfants paraissent plus souvent atteints de maladies contagieuses que pour tout autre profession.

Une statistique dirigée en ce sens serait très instructive.

Il nous a paru enfin que les praticiens étaient plus souvent atteints de maladies infectieuses graves, à allure anormale, d'un diagnostic difficile, ce qu'explique le contact continuel avec des microbes très virulents.

Ceci n'est qu'appréciation, mais en fait on peut affir-

mer qu'à l'heure actuelle, le médecin prend bien peu des précautions aseptiques qui seraient nécessaires pour ses malades, pour son entourage, pour sa famille et pour lui-même.

Alors que pour le chirurgien toute une révolution dans ses habitudes s'est imposée, qu'on le voit toujours le visage glabre, les mains rougies par un nettoyage opiniâtre et fréquemment renouvelé, et pourvu d'un habillement qui, des pieds à la tête, vise à éviter tout contagé, le médecin, lui, semble bien peu se soucier de l'asepsie ; son mode de faire à cet égard ressemble étrangement à celui de ses pères.

Tout au plus doit-on remarquer que pour le toucher vaginal il y a eu une évolution vers le progrès : après s'être contenté d'une peu de vaseline pour protéger son doigt, il a employé un doigt de gant ; maintenant la plupart se servent d'un gant tout entier stérilisé pour chaque examen. Pour les instruments d'examen : spéculums, abaisse-langues, etc... la stérilisation est bien faite. Est-ce suffisant ? Nous répondrons sans crainte non, et nous prendrons un exemple typique, bien qu'un peu éloigné de nous, celui du typhus qui sévit trop souvent dans nos colonies d'Algérie et de Tunisie. Depuis la découverte de Ch.Comte et de Nicolle, on sait que le typhus se transmet par le pou. Donc, en apparence, quoi de plus simple pour le médecin que d'éviter la contagion. Or les cas de typhus chez le praticien, en Afrique, sont malheureusement des plus fréquents(1)

1. Tout récemment le médecin major d'Ain-Draham en Kroumirie est mort de typhus contracté en service.

parce qu'il attrape des poux en examinant et surtout en auscultant ses malades.

Il y a quelque trente ans, dans les hôpitaux, le médecin interposait entre son oreille et la poitrine du malade une serviette, toujours la même pour tous les malades. Un petit ruban rouge indiquait le côté qu'on devait livrer à l'oreille du médecin. On se trompait parfois ; de plus, la serviette ne brillait pas par ses grandes dimensions.

Fait-on mieux aujourd'hui ? Pas dans tous les hôpitaux. En tout cas, une précaution nécessaire est d'épouiller tout malade avant examen, en lui enlevant toute sa garde-robe et en la remplaçant par un vêtement aseptique, en lui donnant un bain antiseptique, enfin en désinfectant la garde-robe abandonnée par le malade. Cette désinfection peut être réalisée par un lavage à l'eau bouillante à défaut d'étuve.

Les précautions élémentaires de propreté furent longues à s'introduire dans nos hôpitaux. Le Dr Félix Regnault qui fut major civil à l'Hôtel-Dieu de Marseille décrit le vestiaire des hospitalisés en 1890 « une salle noire, humide, sentant le moisi, organisée en penderie, Aux crochets étaient suspendus des loques, des débris lamentables, formant un dépositoire de guenilles souillées de boue, de cambouis, même de sang. Au dessous de chaque habit reposait une paire de chaussures éculées ou d'espadrilles rongées, ou de bottes trouées. De-ci de-là, tranchaient quelques habits plus propres, mieux soignés, témoignant d'une misère décente » (*Revue moderne de médecine*, 1927).

Par contre, d'autres hôpitaux étaient en avance, et prenaient déjà des précautions préventives, dont la science reconnut plus tard l'utilité.

Depuis longtemps, bien avant la découverte du rôle du pou dans la contagion du typhus, découverte réalisée par Comte et Nicolle en 1909, les règlements des hôpitaux anglais prescrivaient la désinfection des vêtements chez les typhiques. Voici, d'après la doctoresse Hamilton (thèse doctorat 1900, p. 216) le règlement du London hospital.

LONDON HOSPITAL

Règlements à observer pour les cas de typhus ou fièvre typhoïde.

1° Les vêtements du malade doivent être envoyés à la désinfection dès qu'il est déshabillé.

2° Tous les ustensiles (biberons, tasses, pots à lait, bassin de lits, etc.) qui servent au malade, doivent porter une marque distinctive et lui être exclusivement réservés.

3° Tout linge sale (draps, chemises, etc.) doit être enfermé dans un récipient en métal recouvert, destiné à cet usage, contenant de l'acide phénique, ou tout autre liquide antiseptique prescrit. Si le linge est souillé par des évacuations, il faut le mettre dans un seau contenant une solution désinfectante, apporté près du lit, pour ne pas transporter à travers les salles le linge exposé à l'air.

Nous passons sur les autres prescriptions qui ont trait aux soins de propreté et aux craintes de contamination par les matières fécales. Car alors on ne distinguait pas entre les modes de contagion de la fièvre typhoïde et du typhus.

En ce qui concerne cette dernière maladie, d'autres précautions furent édictées. Nous ne saurions mieux faire que de donner un passage d'une note du Dr Charles Comte, ancien préparateur du Collège de France, qui dirige en Tunisie un service d'hygiène du gouvernement :

« Au lieu de recevoir à tour de rôle les malades dans un bureau de visite, il convient de les examiner en plein air, en ayant soin de n'avoir comme vêtement que le minimum : tout vêtement flottant (de la part du médecin) serait par suite dangereux et des souliers avec jambières ou des bottes sont préférables à des espadrilles ou des chaussures en toile. Ces précautions deviendraient inutiles le jour où la stérilisation de tous les effets des malades serait rendue possible par la construction d'une chambre à soufre ou par leur passage dans l'eau bouillante. Enduire les membres et même tout le corps d'huile, comme le préconise le directeur des services pénitenciers, serait une excellente précaution ; il aurait déjà été noté à Tunis que les porteurs d'huile n'étaient pas atteints de peste, affection transmise par piqûres de puces. »

Plus connues sont les précautions à prendre contre la fièvre typhoïde. On sait qu'elle se fait rare à Paris où les vaccinations préventives sont de plus en plus

employées. Mais elle est encore fréquente en certaines petites villes de province. Nous relatons plus loin des cas survenus à La Ciotat (Bouches-du Rhône) Or, nous avons récemment entendu un médecin de province s'élever violemment contre les vaccinations préventives déclarant qu'elles sont inutiles, sinon néfastes. Et nous nous sommes rappelé combien d'années il fallut à nos aïeux pour accepter la vaccination. Encore celle-ci compte-t-elle toujours quelques détracteurs, même parmi les médecins.

Comme l'a dit excellemment le professeur d'hygiène, Léon Bernard, dans un travail récent : l'éducation de l'hygiène se fera surtout par l'Ecole. En effet, le cerveau de l'adulte, même instruit, est trop souvent cristallisé. Il répugne aux nouveautés, même les mieux démontrées.

* * *

A côté de cette préservation quasi mathématique qui provient d'un emploi judicieux des sérums et des vaccins, il convient de placer les méthodes d'asepsie, d'une portée plus générale et qui ont fait leurs preuves en chirurgie.

La première et la plus indispensable précaution réside dans l'habillement. Récemment le Dr Hiblot, de Paris, a fait une campagne en ce sens. Nous n'hésitons pas à la relater dans ses détails (*Revue moderne de Médecine* août 1926).

« Vous trouvez tout naturel l'accoutrement du médecin d'hôpital, de l'interne, de l'externe et des aides,

c'est-à-dire vêtus les uns et les autres d'une blouse et d'un tablier, et vous ne trouvez pas choquant l'usage qui consiste pour le médecin de quartier, ou le médecin de campagne, pour tout médecin praticien en général, à aller faire ses visites, ausculter, palper, faire des touchers, ouvrir des abcès, etc..., avec sa tenue de ville. Je considère, pour ma part, qu'il y a là une lacune et qu'il est aussi risible de nous voir faire œuvre médicale en tenue de ville qu'il nous semblerait aujourd'hui de voir opérer en habit comme les chirurgiens d'il y a trente ans. Non seulement cela est choquant et ridicule mais les notions d'hygiène sont violées par ceux-là mêmes qui les enseignent et les conseillent. Je vais en visite chez un tuberculeux qui tousse et crache et dont les postillons maculeront quelquefois mon veston ; je soigne une rougeole, une scarlatine, une diphtérie... sans me garantir moi-même contre la contagion toujours possible, mais avec le risque de porter sur mes effets les germes nocifs au malade suivant que je vais être appelé à soigner ou à les rapporter chez moi et à contagionner ma famille.

Est-il rien de plus inconséquent que notre façon de faire ?

Le remède serait simple à mon avis :

Chaque médecin allant en visite emporterait avec lui une blouse qu'il revêtirait au moment d'examiner son malade. Le peu de temps que prendrait cette petite opération serait compensé par la sécurité — peut-être factice — mais cependant un peu réelle, vis-à-vis de soi-même et de son entourage.

Les consultations au cabinet se feraient en blouse avec tablier, comme à l'hôpital, et je ne crois pas que les malades seraient choqués de cette façon de faire. La dignité n'y perdrait rien et l'hygiène y gagnerait. Voyez les ouvriers, ils revêtent pour leur travail une tenue spéciale et il ne serait pas plus ridicule de voir un médecin mettre une blouse pour examiner un malade qu'il ne l'est de voir un électricien, un plombier un maçon mettre une cotte pour travailler ».

La proposition du D^r Hiblot a provoqué une discussion que nous résumerons.

Le D^r Jules Regnault, de Toulon, qui est chirurgien, met, depuis une quinzaine d'années, une blouse blanche pour ses consultations, et quand il examine un malade à domicile, il emporte une blouse dans une boîte de métal, contenant des comprimés de trioxyméthylène, dont les émanations formolées servent de désinfectant. Cette blouse est disposée pour être boutonnée ou agrafée au niveau du dos ; avec une blouse plus ou moins bien fermée par devant le médecin est moins bien protégé.

Pour le D^r Jacob, de Paris, il ne suffit pas de porter blouse pour être aseptique : il faut aussi supprimer la barbe, et la serviette à auscultation devrait être aseptique.

La blouse ne doit pas être un vêtement d'apparat ; trop souvent le médecin d'hôpital ne la boutonne pas par devant, met, dans les couloirs, les mains dans les poches du pantalon, ou place un veston par dessus la blouse. Comme le médecin, pour être aseptique,

devrait emporter avec lui autant de blouses qu'il a de clients, le Dr Boulanger, de Paris, suggère qu'il faudrait une blouse individuelle pour chaque malade, que le médecin trouverait chez chacun de ses clients, parce qu'il l'aurait formulée sur son ordonnance, qu'elle aurait été fournie avec les médicaments. Cette blouse ferait l'objet d'une location. Pour que les pharmaciens soient en mesure de délivrer ces blouses, il suffirait d'une entente entre eux et les fabricants outillés pour la préparation des objets de pansements, qui leur fourniraient ces blouses stérilisées en paquets fermés, avec bandes et cachets de garantie, comme les ouates et compresses.

Le Dr H. Gillet, de Paris, préconise des blouses de papier, confectionnées comme ce qu'on appelle des casaques, enfermées dans une cartouche, cet accessoire de nos cotillons d'antan. En quittant le malade, le médecin bouchonne sa blouse et la brûle.

Le Dr Gillet a confectionné des blouses de ce genre avec du papier d'emballage, elles lui ont rendu service mais il préférerait le papier chiffon.

Le Dr G. Lévy, de Paris, a un moyen plus expéditif, il demande ou cherche dans quelque armoire la chemise de nuit la plus grande du mari et l'endosse par dessus ses vêtements.

Une fois le principe du vêtement aseptique adopté, on trouve, comme il arrive toujours en des cas semblables, un grand nombre de solutions pratiques entre lesquelles il convient de choisir.

De plus, une telle réforme ne devrait pas être isolée.

Pour qu'elle donne un résultat il faut qu'elle accompagne un ensemble. C'est ce que voudrait le Dr Hiblot quand il réclame la transformation des salons d'attente et des cabinets de consultation chez le praticien pour sa clientèle privée. Salon et cabinet devraient être aseptiques, ce qui exigerait leur complète transformation.

Actuellement, les médecins reçoivent leurs amis et leurs parents dans un salon où ont séjourné des tuberculeux, des cancéreux, etc... Il est pollué de toutes les infections qu'y apportent les malades. Un coup de balai, rarement l'aspirateur, c'est tout, comme désinfection. On ne récolte pas seulement des microbes, mais parfois même de la vermine !

Le Dr Hiblot suggère que, dans chaque ville, il y ait une ou plusieurs maisons médicales, fréquentées par 4 à 6 médecins ou plus, suivant l'importance, avec salon, cabinet, maison construite selon les règles d'hygiène de notre époque à laquelle serait annexé un service de désinfection. Le médecin passerait à la maison médicale le matin à 8 heures, prendrait les noms et adresses des clients à visiter, ou serait averti le matin par téléphone des visites qui lui incombent. De 1 heure à 3 heures, il ferait sa consultation, ayant là son cabinet, son salon qu'il louerait à l'année. Les malades sauraient à qui s'adresser, la liste des docteurs, avec leurs heures, étant affichée, et en cas d'urgence ils seraient toujours certains de trouver un médecin.

D'une part, hygiène bien comprise puisque le service

de désinfection ferait le nécessaire ; d'autre part, économie de loyer, de locaux professionnels, de domestiques.

D'autres réformes doivent accompagner ces dernières. L'asepsie est un bloc ; pour en tirer tout le bénéfice social qu'elle comporte, il faut qu'elle soit exécutée intégralement. Mais cette intégralité ne pourra être obtenue d'emblée, en un coup. Peu à peu, lentement, les habitudes anciennes se perdent, ce que l'on considérerait comme anormal et ridicule devient l'usage, la coutume ne choque plus ; c'est le contraire, l'usage ancien qui choque. Des habitudes nouvelles se créent et les sociétés se modifient ainsi peu à peu, sous l'empire des découvertes scientifiques.

Une pratique aseptique semblerait, encore actuellement, d'un ridicule achevé : celle du masque porté par le médecin. L'histoire du masque médical serait longue à écrire : il a été porté par les sorciers qui croyaient prendre la personnalité de l'image divine ainsi représentée. Il a été usité pour préserver de la souillure que donne la respiration : ainsi les Guèbres ou Parsis se couvrent le nez et la bouche d'une toile pour exécuter leurs cérémonies religieuses et ne pas souiller le feu sacré. Nous l'avons vu enfin employé à juste titre aux ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles en cas d'épidémie de peste. On l'a récemment encore préconisé en cas d'épidémie de grippe. La grippe se contracte par les postillons, atmosphère de crachats minuscules qu'envoie le grippé, en parlant et en toussant, sur tous ceux qui l'approchent. Il faut donc que le grippé soit isolé dans une chambre,

que tous ceux qui l'approchent pour le voir ou lui donner des soins, gardes-malades, médecins, parents, revêtent un masque qui les protège. Ce masque, ne serait-il qu'une simple gaze aux maillons serrés, aurait quelque efficacité.

Notez qu'un grand nombre de chirurgiens, pour ne pas contaminer leurs malades, s'astreignent, durant l'opération à porter devant leur bouche une gaze. Ils peuvent ainsi parler et tousser sans crainte.

D'ailleurs il existe une branche d'études qui assure la protection des ouvriers dans les accidents du travail. Elle a inventé des respirateurs qui protègent contre les poussières, des casques qui préservent des gaz délétères, des lunettes pour préserver des éclats les burineurs et les meuliers, d'autres pour éviter aux soudeurs et aux fondeurs l'éclat de la lumière, etc. etc. Il est aussi légitime de préserver le médecin de la contagion des microbes, dans l'exercice de la profession la plus insalubre.

Il est probable que le masque, déjà utilisé depuis deux siècles par les médecins empiriques, reviendra sous une forme plus commode et plus efficace, grâce aux données scientifiques précises.

OBSERVATIONS

Nous donnons ici deux observations qui nous ont incité à écrire le présent travail. Elles n'enseignent rien de bien nouveau. Bien d'autres observations de même genre ont été relatées avant celles-ci. Aussi est-ce surtout au point de vue de la mentalité des gens, gardes-malades et entourage du malade, que nous les relatons. Car cette mentalité est, avec le milieu social, la cause efficiente de la contagion.

OBSERVATION I

En 192..., étant infirmier en service militaire, j'avais comme compagnon, aidant à soigner les malades, un garçon de 23 ans, qui venait de Normandie, ancien paysan, grand, fort, bien en chair, un peu gras, de tempérament lymphatique. Il avait eu, trois ans auparavant, une fièvre typhoïde grave, typique, classique, ayant duré vingt et un jours, avec une longue convalescence.

Il se croyait donc vacciné contre cette maladie, et n'avait pas subi d'injection de sérum préventif.

Il fut choisi pour soigner trois typhiques, et se montra très dévoué à leur égard. Mais la persuasion qu'il resterait indemne lui fit négliger les précautions aseptiques.

Il eut une céphalalgie, de l'insomnie, de l'anorexie, un peu de fièvre, et méprisa ces premiers symptômes. Il ne consentit à consulter et ne fut alité que lorsqu'il eut 40 de fièvre. Il offrait alors tous les symptômes d'une fièvre typhoïde : diarrhée, ballonnement du ventre, langue fuligineuse, prostration... On le mit au lait et au bouillon de légumes, à la limonade, on lui donna de la quinine, 0,50 ctgr. par jours. Au bout de trois jours, l'état adynamique augmentant, on lui donna de l'adrénaline, V, VI, puis VIII gouttes de solution au millième.

On prit du sang pour rechercher l'agglutination. Le diagnostic du laboratoire fut fièvre paratyphoïde.

Celle-ci devint rapidement très grave ; le malade succomba au treizième jour dans l'adynamie.

L'asepsie médicale doit être une règle inéluctable, même quand on s'estime vacciné. Un tel cas, s'il s'était produit vingt ans avant, aurait été taxé de récidive de fièvre typhoïde, fait extrêmement rare. Avec le progrès de nos connaissances, nous savons qu'il y a plusieurs sortes de fièvres paratyphoïdes, et nous usons d'un sérum polyvalent.

Nos idées sont d'abord simplistes et quand nous ne connaissons qu'une parcelle de la vérité, nous imaginons toujours que nous la possédons entière. C'est pourquoi il convient, même pour les maladies contagieuses dont on a le vaccin, de prendre toutes les précautions aseptiques nécessaires. C'est le moyen d'éviter le danger qui provient de la part d'inconnu qui subsiste toujours.

OBSERVATION

En 192... , j'étais à La Ciotat (Bouches-du-Rhône). Ce petit port de mer a la fièvre typhoïde à l'état endémique, cela pour deux raisons :

La première, que la voirie est défectueuse. Pas d'égoûts. Les habitants font dans leurs vases (toupins) et chaque matin une voiture du service municipal passe dans les rues et collecte les matières fécales (1).

La seconde est qu'il n'y a pas de service de vaccination antityphoïdique. Les gens, voire les médecins, y seraient plutôt hostiles. Il faut du temps pour qu'une découverte scientifique s'acclimate dans le public, même éclairé.

J'eus, durant mon séjour, occasion de connaître une famille de six parisiens, père, mère et quatre filles que nous dénommerons A, B, C, D ; la première de 20 ans, la dernière de 13, les deux autres échelonnées entre. Ces parisiens étaient venus à La Ciotat pour affaires; comme ces affaires traînaient, ils y séjournèrent plusieurs mois.

Ils habitaient à l'hôtel, trois pièces bien aérées, bien ensoleillées, et mangeaient chez eux au repas du soir.

Leur boulangère eut la fièvre typhoïde, en guérit, reprit son travail. Elle n'était point propre. Quinze jours après, le père de famille eut les premiers symptômes de la fièvre typhoïde. Celle-ci eut une évolution classique. Il fut soigné par sa femme et ses filles ; les soins furent défectueux à

1. On va procéder à la construction d'égoûts. Les travaux viennent d'être inaugurés.

cause de leur situation en camp volant et d'un manque total de connaissance du rôle d'une garde-malade.

Le père guérit lentement. Durant sa convalescence, sa fille B fut atteinte à son tour ; ce fut une fièvre typhoïde grave, qui évolua en trois semaines mais exigea une longue convalescence.

Durant cette dernière la fille C fut atteinte également. La fièvre typhoïde revêtit une forme adynamique grave. On crut la perdre.

La fille D fut enfin atteinte ; la fièvre typhoïde revêtit de suite une allure adynamique, elle mourut au dix-huitième jour dans le collapsus.

La mère et sa fille A ne furent pas atteintes.

Des faits semblables, je le répète ont été relatés. On connaît les cas de contagion de la fièvre typhoïde aux gardes-malades et l'on sait que la maladie revêt souvent une allure grave. Ici, l'observation est particulière en ce qu'elle montre la contagion multiple, s'opérant en série successive, le microbe devenant de plus en plus virulent.

Ces cas auraient pu être facilement évités si on avait soigné le premier avec l'asepsie voulue, ou, si cette asepsie n'avait pu être réalisée dans des chambres d'hôtel, en évacuant le malade sur un hôpital ou sur une maison de santé.

De telles catastrophes sont évitables à l'avenir et ne doivent plus se produire.

CONCLUSION

1. L'habillement du sorcier qui, dans les sociétés primitives, jouait le rôle de médecin, fut basé sur les croyances magiques : d'où des vêtements de peaux d'animaux réputés d'heureux présage, d'où les masques, les amulettes, etc....

Sous l'influence des idées de souillure, les pratiques de lavages, de libations furent usitées.

2. Quand l'art médical devint une science, à partir d'Hippocrate, l'habillement du médecin se conforma à celui de la classe sociale à laquelle il appartenait. C'est une erreur de croire qu'aux ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles, les médecins se distinguaient du public par un habillement particulier.

3. En temps d'épidémie, de choléra et de peste, nous voyons, à partir du ^{xviii}^e siècle, les médecins revêtir un habit spécial, pour se préserver des miasmes : vêtements de peau étroitement serrés, masques, port de substances odorantes, vapeurs et aromates, etc.

4. Seul, l'avènement des théories pastoriennes imposa aux gardes-malades et aux chirurgiens un vêtement aseptique.

En médecine, la première notion pratique d'asepsie

fut donnée par le P^r Grancher en son service des Enfants-Malades.

5. L'évolution du vêtement du médecin est loin d'être terminée. On réclame actuellement le port d'une blouse aseptique dans la visite aux malades. Cette innovation s'accompagnerait d'une transformation du salon et du cabinet du médecin dans le même sens de l'asepsie.

Enfin, dans certaines épidémies, l'emploi d'un masque est à recommander.

Sous l'empire des découvertes scientifiques nous assistons à une lente évolution des mœurs.

Vu : le Président de la thèse,
MÉNÉTRIER.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Armstrong (E. K.).* — Medical asepsis (Interstate M. J. Saint-Louis, 1918, XXV, 262-270).
- Beco (L.).* — Isolement des contagieux. Scalpel. Liège, 1895-1896, XLVIII, 216.
- Cabanès (D^r).* — Les médecins et Molière (Editions de la Revue Mondiale, 45, r. Jacob, Paris).
- Campana.* — Per la istituzione di un ospedale per esantemi Contagiosi roy, 80, Roma, 1897.
- Delore (X.).* — Des hôpitaux d'isolement en Angleterre (Lyon méd., 1886, l i i i, 369-375)
- Dubrisay et Napias (H.).* — Enquête sur les hôpitaux d'isolement en Europe (Bull. soc. méd. publ. Paris, 1888, x i, 141-181, ou Rev. hyg. Paris, 1888, x, 406-446).
- Edsall (D. L.).* — Medical sepsis and asepsis (abstr.) (Tr. N. Hampshire. M. Soc. Concord, 1913, c x x i i, 196-205).
- De Garay (A.).* — La pratica de la asepsia y de la antisepsia se impone como un deber, moral y socialmente considerado para los gobiernos, los medicos, y el publico en general (Escuela de medec. Mexico, 1908, x x i i i, 1).
- Great Britain Local Government.* — Board medical Department. On the provision of isolation hospital accomandation by the local sanitary authorities fol. London 1888.

Hamilton (A.-E. Dresse). — Considérations sur les infirmières des hôpitaux. Thèse doct. fac. de méd. Montpellier, 1900.

Hamilton (Dr) et Regnault (Félix). — Les gardes malades. Paris, 1901.

Grancher (J. Prof.). — Essai d'antisepsie médicale (Revue d'hyg., 1890). Un service antiseptique de médecine (statistique de 10 années)

Hiblot (Dr) (Paris). — Comment devraient s'habiller les médecins (Revue moderne de médéc. et de chirurg., août 1926, n° 8, p. 249. Discussion, p. 337 et 1927, p. 37).

— La Centralisation des salons d'attente en clientèle (Revue moderne de médecine et de chirurgie, 1926, octobre, n° 10, p. 298).

Lazard (G.). — La désaffectation de l'hôpital des Enfants-Malades (Journ. de clin. et de thérap. inf. Paris, 1896, 10 943-947).

Loisy. — Le sacrifice. Paris.

Lutaud (A.) et Hogg (W.-D.). — Etudes sur les hôpitaux d'isolement en Angleterre, 8°, Paris, 1886.

— Nouvelles étude, 8°, Paris, 1890.

Manget. — Traité de la peste. Genève, 1921.

Laveyssière (Léon, Dr). — Les costumes préservateurs de la peste et du choléra (Avenir médical et thérapeutique illustré. Paris 8° année, 31 mars 1911, 1-3).

Regnault (Félix, Dr). — Le vestiaire des hospitalisés (Revue moderne de médecine et de chirurgie, mars 1927, n° 3, p. 77).

Roux (L.) Escarnot etc. — Les Français peints par eux-mêmes. Paris, 1841 (Le Médecin, t. I, page 105. Le Médecin de village, p. 9).

Saint-Palais. — L'hôpital Sadiki. (Correspondant médical. n° 186, 30 juin 1902, p. 7).

Stainfort de Bruxelles (D^r). — Une caricature sur le choléra (Correspondant médical. Paris, 9^e année, 15 oct. 1902, n° 193, p. 5).

Vallin (E.). — Les hôpitaux de contagieux à Paris (Rev. d'hyg. Paris, 1877, i x 353-367).

Witkowski (D^r). — Les médecins au théâtre. Paris, 1905.